

Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad.  
N°21. Año 8. Agosto 2016-Noviembre 2016. Argentina. ISSN 1852-8759. pp. 27-38.

## El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva

The process of medicalization of pregnancy in Chile: Centuries of positioning and discursive legitimation

**Nairbis Sibrian \***

Universidad Alberto Hurtado, Chile  
nairbiss@gmail.com

### Resumen

El presente artículo tiene como propósito comprender cómo se produjo la medicalización del embarazo en Chile. Esto es, contexto, etapas y condiciones que favorecieron su desarrollo. Para ello se revisarán materiales publicados en periódicos y revistas de medicina entre los años 1835 y 1938, periodo en el cual figuran hechos importantes en la historia de la obstetricia nacional, los cuales serán analizados a la luz de los aportes de Michel Foucault y Peter Conrad sobre la expansión del enfoque o mirada médica sobre la población, constatando que a partir de entonces se producen una serie de estrategias que colocan al cuerpo embarazado en el centro del ejercicio de la medicina.

**Palabras clave:** Embarazo; Medicalización; Cuerpo; Discurso; Chile.

### Abstract

This article aims to understand how occurred the medicalization of pregnancy in Chile, that is, context, steps and conditions that favored its development. Therefore, revised published in newspapers and medical journals between 1835 and 1938, a period in which include important events in the history of the national obstetrics, which will be analyzed in light of the contributions of Michel Foucault and Peter Conrad about the expansion of medical glance on the population, noting that since then a number of strategies that place the pregnant body in the center of the practice of medicine are produced.

**Keywords:** Pregnancy; Medicalization; Body; Speech; Chile.

\* Doctoranda en Sociología de la Universidad Alberto Hurtado, Chile. Magíster en Comunicación y Políticas Públicas de la Universidad de Artes y Ciencias Sociales, Chile y Licenciada en Comunicación Social de la Universidad de Los Andes, Venezuela. Investigación realizada gracias a una beca de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), Doctorado Nacional, Chile, 2015.

## El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva

### 1. Introducción

La medicalización del embarazo en Chile, su consideración como problema médico, ocurre en un ambiente de abundante tensión, de luchas entre actores e instituciones, el cual se caracterizó por el auge de la ciencia y la deslegitimación de saberes considerados pre-científicos en el siglo XIX. En esta dinámica, sin embargo, el surgimiento de nuevas ideas y técnicas no conllevó un quiebre total con todo lo anterior, más bien se produjeron alianzas y ensamblajes entre lo viejo y lo nuevo que hicieron emerger numerosas contradicciones<sup>1</sup>. Así, el cuerpo de las mujeres, pese a librarse de mitos asociados a su condición, ahora entraba en una nueva malla de constricciones a través del control que sobre ellas vinieron a ejercer las instituciones de la medicina moderna.

Se trata de una época de reacomodos de los lugares de verdad, donde el proceso reproductivo y la condición corporal de las mujeres toman un papel fundamental en la economía política de la época. Aquello se ve reflejado en los argumentos médicos divulgados en medios de comunicación del siglo XIX y XX que paulatinamente se articulan con preocupaciones de tipo gubernamental y transforman el proceso natural del embarazo en un terreno complejo donde coinciden la política, la ciencia y el discurso.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre el embarazo en Chile reflejan la historia de las instituciones de la medicina nacional (Ferrer, 1904) y en particular de la obstetricia (Laval, 1949), así como también ofrecen una mirada demográfica (Taucher y

1 Aunque se tiende a considerar que la razón, la fe en el progreso, desplazaron a la fe religiosa; este desplazamiento no fue por sustitución, más bien lo que se cuestionó fue “la unidad de un mundo creado por la voluntad divina” (Touraine, 1994: 9). Así, la modernidad no es el cambio de unas instituciones por otras, sino que es el cuestionamiento a la existencia de un solo lugar de poder a partir de la difusión del desarrollo de la actividad racional, científica, tecnológica y administrativa.

Jofre, 1997; Donoso, 2004) abordando problemas de natalidad, mortalidad o derechos (Casas y Herrera, 2012), entre otros.

Mientras, otros esfuerzos han comprendido el embarazo y sus etapas como parte de la historia de las mujeres donde se pueden reconocer y comprender relaciones de género y clase, tal es el caso de María Soledad Zárate (2007), quien aborda la historia de la medicina científica y de la obstetricia en Chile bajo esta perspectiva, propuesta que resulta ineludible para el presente artículo.

Asimismo, se dialoga con trabajos como el de Sol Serrano (1994), que refiere procesos de legitimación del saber médico y el nacimiento de la universidad, con la revisión que sobre la salud pública realiza María Angélica Illanes (1993) y con la perspectiva de Nicolás Fuster (2013), quien considera la medicina como un campo que, a partir del siglo XIX en América Latina, comenzó a operar más allá de los límites definidos por la enfermedad.

Por tanto, en este artículo se indagará acerca de cómo el embarazo comenzó a ser una preocupación médico-sanitaria en Chile y cómo esto se refleja en el discurso médico de la época. Se parte de los postulados de Michel Foucault (1996) sobre la medicalización de la sociedad y la expansión de la mirada médica, además de la definición de medicalización y sus etapas de Peter Conrad (1992, 2007). Ambas miradas teóricas servirán para analizar varios momentos importantes en el desarrollo de la obstetricia en Chile, plasmados tanto en revistas médicas como periódicos del siglo XIX y XX.

Cada material a revisar será tomado como una discursividad cuya función consiste en reflejar un momento epocal, es decir, será interpretado como evidencia de un contexto. Dicha metodología se ampara en la consideración de que “texto y contexto están en una continua tensión, cada uno define y redefine al otro” (Hodder, 2000: 704), por tanto, estos

discursos, artículos y explicaciones al ser vinculados con datos históricos permiten la emergencia del sentido. El objetivo es caracterizar y comprender el proceso de medicalización del embarazo en Chile entre los siglos XIX y XX.

## 2. El despegue de la medicina y medicalización de la sociedad

Según Foucault (1996), el despegue de la medicina en la modernidad se produjo mediante tres procesos: la biohistoria, la medicalización y la economía política de la salud. Los tres suponen una forma de control social, esto es, una colaboración en el adiestramiento de los cuerpos por diversas vías que coinciden en desenvolverse más allá de la relación médico-paciente. Sus reales consecuencias estarían fuera de ella, cuando “aparentemente” la medicina dejó de ser un ejercicio clínico y se convirtió en una práctica social.

De acuerdo a la perspectiva foucaultiana, es reduccionista pensar que la medicina permaneció en algún momento como una relación meramente contractual entre el paciente y su médico. Por el contrario, “la medicina fue siempre una práctica social” y la idea de medicina clínica o medicina individualista no fue sino un mito “con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión” (Foucault, 1996: 70).

Por tanto, hablar de medicina moderna es hablar de la socialización de la medicina cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social, es decir, la medicina es una práctica social en la cual sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre médico y paciente (Foucault, 1996: 87) y, de hecho, el atributo más importante es la constitución del cuerpo social.

Tal característica cobra sentido al comprender que el capitalismo que se desenvuelve a partir de los siglos XVIII y comienzos del XIX, puso el cuerpo a disposición de una serie de instituciones como el ejército, el hospital o la fábrica en función del desarrollo de los Estados, las ciudades y la producción a través de la medicina social<sup>2</sup>, advirtiendo que el

2 Foucault advierte al menos tres etapas en la formación de la medicina social y que se produjeron en contextos diferentes durante el siglo XVIII. La primera de ellas es la medicina de Estado desarrollada principalmente en Alemania con la que se buscaba aumentar la población activa para conformar el ejército y donde la práctica médica estaba “efectivamente centrada en el mejoramiento de la salud de la población” (Foucault, 1996: 90). La segunda es la medicina urbana cuya trayectoria está representada en el ejemplo de Francia, donde se buscaba organizar la ciudad y

control de la sociedad no opera por mera ideología o conciencia sino más bien que se ejerce en el cuerpo y con el cuerpo. Así, el cuerpo emerge como una realidad biopolítica y la medicina como estrategia (Foucault, 1996: 87) de conformación de dicha realidad.

De ahora en adelante, el médico comienza a funcionar fuera de lo que sería estrictamente la enfermedad, fuera del sufrimiento, los síntomas y el malestar del enfermo. Su labor ya no se circunscribe a hechos específicos sino que se expande a todos los aspectos de la vida “como acto de autoridad” (Foucault, 1996: 75), a causa de sus funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de patologías y están más bien asociadas a la aparición de la población, en tanto cuerpo social, como problema económico.

Es así como desde el siglo XVIII la medicina moderna se ocupó de lo que ya no se refería a ella, es decir, de enfermos y enfermedades pasó a la medicalización del Estado (en tanto población), la ciudad (por vía de la higiene), y los pobres (a través de la fuerza de trabajo) y, precisamente, con esa lógica logró un “desbloqueo epistemológico” (Foucault, 1996: 75) que significó su ascenso y legitimación en el campo tanto científico como administrativo y político.

A partir de entonces, se abre una nueva dimensión de posibilidades que signaron el desarrollo del sistema médico y el modelo seguido por el “despegue” medico-sanitario en Occidente, entre las que se encuentra la emergencia de un campo de saber que trabaja a nivel de la propia vida y de sus acontecimientos fundamentales con implicaciones profundas entre la vida y la historia a las que Foucault denominó “biohistoria” (Foucault, 1996: 74) y cuyo rasgo principal es la intervención médica en el ámbito biológico y las transformaciones de la especie.

Del mismo modo, la articulación de estas investigaciones con la ampliación de las instituciones de salud produjo el segundo paso del despegue de la medicina occidental, llamado por Foucault “medicalización”. Allí, la existencia, conducta y comportamiento se vieron englobados progresivamente en una red “cada vez más densa y más amplia que cuanto más funciona menos se escapa de la medicina” (Foucault, 1996: 86) y que se

para ello se recurre al paradigma higienista. En ese contexto, se ocuparon técnicas de organización en forma de cuarentena, esto es, “de vigilancia generalizada que dividía y controlaba el espacio urbano” (Foucault, 1996:95). Y, finalmente, la tercera etapa fue la medicina de la fuerza laboral que supuso la medicalización de los pobres, la asistencia focalizada en la clase obrera y el control médico del indigente, lo que garantizaría “la protección de la población más privilegiada” (Foucault, 1996: 102).

orquestra con la emergencia de una nueva economía del cuerpo y la salud.

Es, precisamente, esta nueva economía la que constituye el tercer y último punto del auge y ascenso de este modelo médico que, de acuerdo con la perspectiva foucaultiana, alude a la integración y mejoramiento de los servicios médicos y el consumo de salud en las sociedades modernas que rápidamente devendrá en un amplio mercado. Los tres procesos son paralelos y ocurren en concordancia con el desarrollo de formas organizativas de la sociedad, emergencia de nuevas lógicas mercantiles y contextos específicos.

Aunque durante el recorrido a realizar el interés estará centrado en la medicalización, no obstante, la biohistoria y la economía de la salud son procesos imbricados que juntos permiten comprender de manera holista el auge y devenir de la medicina moderna y que, además, en el caso particular de la medicalización del embarazo en Chile son patentes en diversas etapas.

### 3. La medicalización como problema de mirada y definición

Peter Conrad (1992) explica que la mayoría de las investigaciones sobre medicalización acuerdan que ésta constituye un proceso por el cual más y más vidas han estado bajo el dominio, influencia y supervisión médica, bien sea por vía de un modelo médico de Estado, urbano o de fuerza laboral como señalaba Foucault o a manos de empresas de salud y a través de un sistema médico- tecnológico como advirtió Illich (1975).

Sin embargo, Conrad define medicalización como la consideración de un comportamiento o condición bajo la idea de enfermedad y con un enfoque médico, permitiendo así su intervención y tratamiento. De modo que la medicalización sería, al menos en primera instancia, un problema de definición pues consiste en dictaminar un hecho, circunstancia o condición, en términos médicos “usando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un enfoque médico para comprenderlo y/o aplicando una intervención médica para tratarlo” (Conrad, 1992: 211).

Ahora bien, esta capacidad definicional de la medicina no sería posible sin la existencia y validez de una mirada que acecha al cuerpo, que está “abierta sobre sus cualidades y se vuelve atenta a todas sus modulaciones” (Foucault, 2008: 37), es decir, sin el lente médico las situaciones, condiciones o comportamientos que en un momento no eran

considerados una enfermedad, no hubiesen podido llegar a serlo.

Por tanto, los estudios sobre la medicalización que realiza Conrad, a través de lo que él llama “marco” o “encadre” médico (Conrad, 1992: 211), se vinculan y relacionan con la perspectiva foucaultiana bajo la idea de una mirada médica que se dirige a un espacio donde “las determinaciones y las causas están dados en sus signos, pero eliminados en su significación” (Foucault, 2008: 31), es decir, se trata de un mirar reduccionista que suprime otras relaciones y que comienza a imperar en el mundo moderno. Así, la medicalización de la sociedad o más bien la expansión de la mirada médica sobre la vida es una pre-condición de la medicalización de los comportamientos, situaciones o condiciones específicas que describe Conrad (1992, 2007).

La obra de Foucault sirve, así, para comprender el auge médico en la modernidad y con ello el ensanchamiento que ocurre alrededor de las condiciones, procesos y situaciones que ya se encuentran considerados como enfermedad o susceptible a ella y que Conrad advierte en situaciones más específicas llamándola “expansión diagnóstica”, con este término el autor se refiere a circunstancias puntuales donde los límites de un diagnóstico pueden ser ampliados, esto es, “cómo un diagnóstico pese a que es establecido, definido y limitado, sus fronteras pueden ser expandidas para incluir nuevos o relativos problemas o para incorporar población adicional más allá de la designada en la población original” (Conrad, 2007: 47).

Ahora bien, para comprender cómo esta expansión se produce es propicio recurrir a la propuesta de niveles de medicalización que previamente ofrece Conrad (1992), pues él antes de afirmar que la vida en general se encuentra medicalizada y comprender esto como un proceso histórico-filosófico, prefiere atender a trayectorias precisas de medicalización que responden a:

a) Un nivel conceptual: vocabulario médico que es usado para ordenar o definir el problema. Pocas veces es involucrado un médico y los tratamientos médicos no son necesariamente aplicados.

b) Un nivel institucional: organizaciones que pueden adoptar un enfoque médico para tratar un problema particular en el cual la organización está especializada. Los médicos funcionan como “guardianes” donde se legitima la adopción de una definición y enfoque médico frente a un problema.

c) Un nivel interaccional donde los médicos son más directos: la medicalización ocurre aquí como producto de la interacción médico-paciente, cuando un médico define un problema como médico (diagnóstico) o trata a un problema social con una forma médica de tratamiento (prescribir drogas tranquilizantes frente a incidente de la vida familiar).

Así, en síntesis, tanto las perspectivas de Foucault como las de Conrad permiten comprender el proceso de medicalización que, en este artículo en particular, trata el embarazo en Chile. El primero, desde una manera general considerando su relación con un proceso epocal ligado al auge de la modernidad, el dominio de la profesión médica y la emergencia de la población como problema económico para los estados, las ciudades y el trabajo. Mientras, el segundo, de forma más exacta, alude a las etapas en las cuales se fue produciendo el proceso de expansión, los niveles y estrategias de medicalización utilizadas que se tienden a expandir hacia la población aledaña, así como a las variables contextuales.

#### 4. Contexto de la medicalización del embarazo en Chile

A finales de la época colonial y comienzos de la independencia surgen una serie de voces expertas que denuncian el abatido estado de la medicina en Chile, según ellas, “producido por la plaga peligrosa y funesta del charlatanismo” (Ferrer, 1904: 267). Este reclamo era impulsado por médicos extranjeros, en su mayoría ingleses y franceses, quienes marcaron el camino hacia el enaltecimiento y auge científico de su profesión.

Al llegar el año 1830, los esfuerzos de la medicina republicana por alcanzar un desarrollo independiente no habían sido exitosos. Pese a que la independencia política parecía estar segura y una gran cantidad de profesionales extranjeros llegaban a territorio chileno en busca de nuevos horizontes, tal y como lo señala Cruz-Coke, “los esfuerzos locales por crear una medicina propia y nacional habían fracasado” (Cruz-Coke, 1995: 293). No obstante, desde el fondo de esta crisis surgirían nuevas fuerzas intelectuales que buscarán convertir la medicina en una profesión respetada “bajo el genio y la inspiración de una nueva falange de hombres patriotas que construirán decisivamente una medicina nacional” (Cruz-Coke, 1995: 293).

Durante este tiempo los debates de la comunidad científica eran muy frecuentes y solían ser difundidos a través de la prensa o revistas. Se trataba

de discursos, argumentaciones y refutaciones entre médicos que circulaban en la sociedad más ilustrada de la época cumpliendo la función de familiarizar a la población con la práctica médica, además, de legitimar el grado de intervención que podía tener en situaciones como el parto. Con tales discusiones se daba cuenta del interés de la medicina formal sobre “una experiencia fisiológica que, aunque tenía carácter natural, podía transformarse en patológica” (Zárate, 2007: 99) a causa de los riesgos y peligros que implicaba.

Esta nueva élite médica estaba convencida de su rol de nuevos árbitros sociales y exigieron a las autoridades “la profesionalización de la medicina en Chile” (Fuster, 2013: 51), así como también perfilaron este asunto como prioritario para el Estado, el cual no sólo solucionaría problemas de demanda asistencial sino que revertiría los índices de mortandad y “el estado de ignorancia en que el país vivía respecto a los problemas sanitarios” (Zárate, 2007: 99). De este modo, la profesionalización constituía el primer paso para el desarrollo de la medicina nacional.

Sin embargo, existían obstáculos y, en el caso de la atención científica del parto, el principal era la actividad de parteras, meicas y curanderas que durante años habían llevado a cabo su ejercicio de manera modesta y sin muchos gastos económicos para las mujeres. Por tanto, la medicina moderna —en este punto— debía justificar su participación demostrando que el parto era realmente riesgoso y ameritaba la intervención del conocimiento experto que no tenía ninguno de los actores que intervenía en el alumbramiento hasta ese entonces.<sup>3</sup> Así, el proceso de profesionalización médica se construyó bajo “la supuesta y natural correspondencia entre la práctica médica y masculinidad” (Zárate, 2007: 93) operando explícita y estratégicamente en especialidades emergentes como la obstetricia y la ginecología.

3 Foucault advierte al menos tres etapas en la formación de la medicina social y que se produjeron en contextos diferentes durante el siglo XVIII. La primera de ellas es la medicina de Estado desarrollada principalmente en Alemania con la que se buscaba aumentar la población activa para conformar el ejército y donde la práctica médica estaba “efectivamente centrada en el mejoramiento de la salud de la población” (Foucault, 1996: 90). La segunda es la medicina urbana cuya trayectoria está representada en el ejemplo de Francia, donde se buscaba organizar la ciudad y para ello se recurre al paradigma higienista. En ese contexto, se ocuparon técnicas de organización en forma de cuarentena, esto es, “de vigilancia generalizada que dividía y controlaba el espacio urbano” (Foucault, 1996:95). Y, finalmente, la tercera etapa fue la medicina de la fuerza laboral que supuso la medicalización de los pobres, la asistencia focalizada en la clase obrera y el control médico del indigente, lo que garantizaría “la protección de la población más privilegiada” (Foucault, 1996: 102).

#### 4.1. De un oficio tradicional empírico a una profesión moderna.

El proceso de profesionalización, impulsado por la élite médica chilena junto al poder político durante el siglo XIX, constituyó una especie de tránsito entre “un oficio tradicional empírico a una profesión moderna basada en el conocimiento científico” (Serrano, 1994: 178) y custodiada por médicos profesionales encargados de definir, autónomamente, el marco de la profesión, los límites de la competencia y el monopolio de una práctica de la cual serían expulsados los saberes populares.

Dicho proceso comienza con la fundación de la Universidad de Chile. El año 1842 marca un hito en la historia de la medicina chilena, sobre todo porque simboliza el paso hacia “el progreso científico de la medicina universal, al que ahora Chile se había integrado plenamente” (Cruz-Coke, 1995: 305) con el nacimiento de la principal casa de estudios del país. Sin embargo, y como parte de las contradicciones del proceso de modernización latinoamericano, la influencia del largo periodo colonial continuará durante casi todo el siglo XIX a través de ciertas instituciones que los gobiernos republicanos no pudieron reemplazar. Una de ellas es el Tribunal del Protomedicato que sirvió a la naciente república para “ir modelando el control del Estado republicano sobre la medicina y la salud del pueblo chileno durante casi todo el siglo XIX” (Cruz-Coke, 1995: 307), el cual dejó de funcionar en 1892, con la creación del Consejo Superior de Higiene.

Así, el proceso de modernización de la medicina en Chile, más que un curso signado por el auge del progreso y el nacimiento de nuevas instituciones, era también una justificada forma de arbitrar los saberes y las profesiones, es decir, una manera de asegurar los beneficios y recompensas hacia una élite ilustrada y garantizar el poder que, posteriormente, se articulará con la necesidad de organizar la tierra, la ciudad y la fuerza de trabajo a través del control médico.

#### 5. Etapas de la medicalización del embarazo: Del problema del parto al problema del niño

Para comprender cómo es que una experiencia fisiológica como el embarazo y parto, que milenaria y universalmente había sido una práctica tradicional verificada entre mujeres, viene a convertirse en un asunto médico y de preferencia masculino se recurrirá al análisis de cuatro episodios en la historia de la obstetricia en Chile, reflejados en revistas

de medicina de la época.<sup>4</sup> Estos hechos abarcan el discurso del doctor Lorenzo Sazié en la apertura del Curso de Obstetricia (1835), la historia de dos cesáreas en Chile reseñada por el doctor Adolfo Murillo (1893), la creación de la Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas de la Universidad de Chile (1918) y el Proyecto de Protección Maternal e Infantil por el Estado (1938) que vinculados con datos históricos de cada época permiten advertir y entender las etapas de medicalización a la que corresponden.

#### 5.1. Discurso de Lorenzo Sazié en la apertura del Curso de Obstetricia (1835). Replicado en 1984 en la Revista Médica de Chile, Notas Históricas<sup>5</sup>

Lorenzo Sazié fue un médico francés que llegó a Chile a inicios de 1834 convocado con el propósito de contribuir a la formación de futuros médicos. Ocupó importantes cargos en el campo médico y “su labor fue decisiva para la medicina universitaria y la temprana consolidación de la obstetricia” (Zárate, 2007: 105) no sólo por la profesionalización sino porque además introdujo nuevos instrumentos como “el fórceps, el espéculo vaginal y la camisa de fuerza para enfermos mentales” (Cruz-Coke, 1995: 327) que consolidarán la medicalización de diversas condiciones y comportamientos. También fue fundador y primer docente de la Escuela de Matronas cuyo primer curso se inició en 1834 y en su inauguración, Lorenzo Sazié, ofreció notables palabras a los estudiantes de medicina y las aspirantes a matronas.

El discurso comienza destacando el carácter científico de la obstetricia y su merecimiento de admiración y agradecimiento de los hombres “porque, después de haberlos arrancado a las necesidades del estado salvaje, les empujan a un estado más perfecto y más feliz” (Sazié, 1984: 297). Allí se define a la obstetricia como una ciencia que toma al hombre al inicio de la vida y le protege “contra el funesto influjo de los agentes exteriores y de las muchas enfermedades que amenazan su débil existencia” (Sazié, 1984: 297), con lo cual el momento del parto es entonces concebido como un hecho médico a causa del riesgo que supone.

4 Como consecuencia de la legitimación del discurso médico científico se genera “la persecución de los saberes y de las prácticas tradicionales populares que ahora serían asociadas a la farsa y al peligro causado por “gente ignorante y supersticiosa como es la de nuestro pueblo”” (O’Rian P en Fuster 2013: 53).

5 Este discurso fue originalmente publicado en el periódico *El Araucano*, el 8 de mayo de 1835. En esta ocasión se tomó su réplica de la *Revista Médica de Chile* vol. 112, N° 3, marzo 1984: pp. 297-300.

Asimismo, sus palabras manifiestan quiénes serían aquellos que obstaculizan el ascenso de la medicina y la difícil tarea que se les presenta, al preguntar: “¿Acaso la reprobación con que envilecen este arte un sinnúmero de curanderos no podría borrarse por los servicios que han prestado los médicos instruidos que han sostenido tan dignamente el honor de su profesión?” (Sazié, 1984: 298). Mostrando, de ese modo, la urgencia de alcanzar el reconocimiento de la profesión como una práctica noble.

No obstante, Sazié asegura que esto cambiará con la profesionalización de la medicina, pues “por más que digan los ignorantes, el saber tiene su precio” y más temprano que tarde “las luces que habréis adquirido, y los servicios que sereis capaces de prestar, os darán el derecho de contaros en el número de los hombres más útiles y recomendables del Estado” (Sazié, 1984: 298). Y de esa forma, con la promesa no sólo de un buen trabajo sino prestigio y poder, anima a quienes le escuchan a continuar estudiando medicina.

Tras este ejercicio de autoafirmación, el médico francés vuelve a la explicación de por qué el parto supone la necesaria intervención de profesionales, atribuyéndola a los procesos evolutivos y transformaciones de la especie. Según él, antes las mujeres estaban “exentas de las enfermedades y los vicios de conformación de la pelvis a que dan origen en algunas de ellas las costumbres, en un estado social más adelantado” (Sazié, 1984: 299) y sería la vida social moderna la que habría traído consigo una serie de deformaciones y complicaciones que justificarían la medicalización, en principio, del parto.

Posteriormente, aclara que este curso está orientado hacia un perfil estudiantil específico, es decir, son mujeres, futuras matronas, a quienes “su naturaleza no admite ninguna de aquellas discusiones científicas en las que entraremos en otras circunstancias” y cuyo papel será secundario respecto al médico (Sazié, 1984: 300).

Con este discurso se establecen las bases de lo que será la carrera obstétrica en adelante, destacando que los hospitales y maternidades son espacios de práctica y ensayo, mientras los pacientes son cuerpos en vigilancia. De hecho, el autor explica a los estudiantes que después de haber recibido las lecciones teóricas: “hallareis aquí mismo camas de enfermas a fin de que podáis verificar sobre la naturaleza de los preceptos que ya habréis recibido en teoría”, esto a través de personas que “están sometidos a vuestra observación” (Sazié, 1984: 300) y con quienes se podrá experimentar.

En resumen, la disertación presentada es un gran ejercicio de justificación de la medicalización del embarazo, de la expansión de la mirada médica sobre los procesos de reproducción y del rol del médico en la sociedad. Su contenido refleja el momento en cual se realiza una extraordinaria labor fundacional a través de leyes, Facultades y cátedras que controlaron la profesión, y permitieron la modernización de la atención hospitalaria<sup>6</sup> y el perfeccionamiento sus técnicas.

## **5.2 “Historia de dos cesáreas en Chile” (1893). *Revista Médica de Chile*. Dr. Adolfo Murillo.**

Gracias a la modernización de la medicina chilena se fundaron nuevos hospitales, crearon sociedades científicas, editaron cada vez más revistas y echaron las bases de una educación alimentada de los avances tecnológicos foráneos. En esta época, “una nueva generación de médicos chilenos, encabezados por José Joaquín Aguirre, Wenceslao Díaz y Adolfo Murillo, toma la conducción de la medicina nacional” (Cruz-Coke, 1995: 389) y emprenden grandes cambios.

Justamente, el sucesor de Sazié en la escuela de obstetricia fue Adolfo Murillo, quien promovió la cirugía obstétrica en los hospitales y maternidades con las primeras operaciones modernas “tales como la cesárea en 1877 y la sinfisiotomía y laparotomía por embarazo tubario en años posteriores” (Cruz-Coke, 1995: 390), asimismo, posteriormente, introdujo la técnica de la antisepsia para las intervenciones que proporcionaron tranquilidad en la población.

También es la época del auge de la *Revista Médica de Chile* en la cual, a partir de 1872, Murillo publicará asiduamente. Este medio se transformó en la edición científica más importante de la época y donde justamente aparece la historia de dos cesáreas de la pluma del reconocido doctor, dentro de una colaboración titulada “Breves consideraciones acerca de la importancia verdadera de la antisepsia interna”, que a continuación se analiza con detenimiento.

El artículo introduce el relato destacando que se trata de la historia de las dos únicas cesáreas practicadas en Chile hasta entonces: la primera fue un hecho inédito, cuando en el país aún no se conocían ampliamente las condiciones antisépticas necesarias en una operación de esta índole, que no llegó a buen

<sup>6</sup> “Ya para esta época la antigua Casa de Huérfanos y Hospicio había sido transformada en Maternidad, donde al principio se comenzaron a atender 60 partos anuales en 1831 hasta llegar a 100 partos en 1841, bajo la conducción del doctor Lorenzo Sazié, figura dominante de esta etapa, y la Escuela de Obstetricia” (Cruz-Coke, 1995: 372).

puerto; mientras la segunda es un caso completamente exitoso que muestra el perfeccionamiento de la técnica, a partir de los aportes de Pasteur y Lister, y que constituye un motivo de felicidad para la comunidad médica de entonces.

La historia de la primera cesárea está marcada por la descripción de nuevas patologías como “la osteomalacia” y “la raquitis” que, según Murillo, hacía poco se habían “atrevido a penetrar en el cuadro nosológico chileno” (Murillo, 1893: 88). Asimismo, destaca que se trata de un momento en el cual la asistencia quirúrgica “era casi desconocida y no se practicaba en los servicios hospitalarios” (Murillo, 1893: 89) y aunque la enferma no sucumbió a la infección, “se extinguió suavemente al *shock* de una operación gravísima emprendida al quinto día de trabajo de parto” (Murillo, 1893: 89).

La segunda cesárea “es llevada a cabo en la época de la antisepsia quirúrgica y cuando la cirugía abdominal ha recobrado tantos progresos”, pues “en ésta se tomaron precauciones y se llevó a cabo siguiendo los adelantos realizados en una operación que ensancha cada vez más sus dominios” (Murillo, 1893: 89). Por tanto, es un relato que da cuenta del “éxito” que comenzaba a tener el parto por cesárea, donde, en adelante, “no hay nada de extraordinario en la obtención de un feto vivo y en las mejores condiciones de viabilidad” (Murillo, 1893: 89), de modo que, puede ser practicado con confianza.

Las siguientes páginas ofrecen detalles de cada operación, con un lenguaje médico que especifica las etapas del proceso. El primer relato corrobora la percepción deficitaria del cuerpo y mente femenina, pues se afirma que la parturienta fallece “bajo la influencia de un choque profundo, una especie de sideración nerviosa” agravado por una personalidad “débil y abatida” (Murillo, 1893: 92). Mientras la segunda descripción da cuenta del momento en el que la división sexual del trabajo durante un parto está definida, al señalar que la operación finaliza con el nacimiento del niño quien pasó a estar al “cuidado de un ayudante y de la matrona” (Murillo, 1893: 96).

El texto refleja dos momentos importantes en la crónica de la obstetricia, esto es, el inicio del parto por cesárea y su evolución exitosa, con lo cual se evidencia el avance de la medicina en esta materia y vislumbra el propósito de erradicar cualquier duda en la población respecto a esta modalidad de nacimiento, hecho que marcará lo que será un sostenido incremento de la práctica de la cesárea a partir de entonces. Asimismo, la lectura refleja

la división sexual del trabajo en las maternidades, sobre todo en el caso de partos por cesárea, donde las matronas pasaban ahora a ejercer sólo labores de cuidado.

### **5.3. “La Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas de la Universidad de Chile” (1918) – Revista de Beneficencia Pública. Dr. Javier Rodríguez.**

A finales del siglo XIX y principios del XX se produce un periodo mejor conocido en la historia chilena como la “época parlamentaria” (Cruz-Coke, 1995: 453). Para entonces, el desarrollo de la medicina nacional es impulsado por una oligarquía de personalidades médicas y políticas que gobernaron el país conjuntamente con los plutócratas y los aristócratas (Cruz-Coke, 1995: 462). Durante este periodo se consolidó y diversificó la educación médica y se dictaron leyes de medicina social que echaron las bases institucionales de la higiene pública y la sanidad moderna.

Por ello, el artículo del doctor Rodríguez, publicado en la *Revista de Beneficencia Pública* en marzo de 1918, menciona la reorganización del establecimiento encargado de la formación de matronas cuyo nuevo nombre sería Escuela de Obstetricia y Puericultura para Matronas. El texto se aboca a la reflexión sobre el funcionamiento de las Maternidades y la necesidad de la expansión de la asistencia y el cuidado no sólo del parto sino de todo el proceso del embarazo. Constituye una muestra de la expansión que experimenta la medicalización de la reproducción y el carácter de policía que se le atribuye al servicio médico, pues además de asistir “oportuna y eficazmente a la madre en cualquiera de sus estados”, la vigilancia de su personal “sigue al niño minuciosa y constantemente hasta el destete” (Rodríguez, 1918: 20).

En líneas generales, las reflexiones de Rodríguez son muestra de cómo el control comienza a extenderse, tras estar “convencidos que la lucha contra la mortalidad infantil debe principiar en el vientre de la madre” (Rodríguez, 1918: 20) y se articula con la idea de “cuidado del embarazo” como un objetivo en el ejercicio de la medicina, donde las alumnas son una herramienta para “llegar por medio de ellas hasta las madres e interesarlas” (Rodríguez, 1918:20) en él. De ese modo, el cuidado aparece como el espacio de la medicina que disciplina doblemente a las mujeres.

De hecho, se trata de un momento en el cual gran parte de la mortalidad infantil es atribuida al supuesto desconocimiento de las madres sobre



los debidos cuidados del niño y a una concepción deficitaria del cuerpo de la mujer<sup>7</sup>, por tanto, las matronas deben contribuir también con “la educación de las madres, por lo general tan ignorantes y llenas de prejuicio en esta materia” (Rodríguez, 1918: 21) y de ese modo evitar posibles enfermedades.

Respecto a la medicalización, el texto muestra cómo aumenta progresivamente el tiempo que permanece la mujer gestante en el hospital, antes y después del nacimiento, donde el personal “recibe a las embarazadas generalmente en la proximidad del parto, excepcionalmente las hospitaliza con mayor anticipación, las asiste en el parto y en el puerperio y al mismo tiempo cuida del recién nacido” (Rodríguez, 1918: 21), constituyendo así una red de vigilancia médica durante el nacimiento.

Al mismo tiempo, este escrito revela cómo el control se incrementa mediante la implementación del consultorio obstétrico, el cual ofrece asesorías bajo la modalidad de “consultas a las embarazadas, en cualquier etapa de embarazo, y medicina a todas aquellas que necesitan un tratamiento especial”<sup>8</sup> (Rodríguez, 1918: 21). En síntesis, da cuenta del aumento de autoridad sobre un proceso ya medicalizado, tal y como lo era el parto, mediante la normalización de prácticas de cuidado y rutinización de la vigilancia médica sobre el cuerpo embarazado en todas sus etapas, así como la promoción del consumo de medicamentos durante el embarazo.

#### **5.4. “Problemas de Obstetricia Social. Proyecto de Protección Maternal e Infantil por el Estado” (1938). Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Dr. Carlos Ramírez**

Para el momento en el cual se escribe este artículo Chile enfrentaba un progresivo aumento de la población, la cual pasó de 2,7 a 3,7 millones en total y su población urbana de 36 a 46%. Para entonces Santiago contaba con 350 mil habitantes y Valparaíso llegaba a los 200 mil (Cruz-Coke, 1995: 474). Asimismo, se vive un proceso de industrialización y la medicina

7 En Chile, el discurso médico de comienzos del siglo XX refleja fielmente la concepción deficitaria del cuerpo de la mujer durante el embarazo así como también un menosprecio a sus capacidades. Títulos como “Mortalidad infantil: la falta de cultura de la madre chilena como causa predominante” (Baeza, 1924: 57), “Lo que deben saber bien las madres para criar a bien a sus niños” (Calvo, 1913) o “Usted tiene la obligación de quedar hermosa” [tras el parto] (*Revista Eva*, 1948) son apenas una muestra de la construcción ideológica respecto a la condición femenina.

8 Cuando Rodríguez habla aquí de medicina se puede inferir, dado el contexto específico de estas líneas, que se refiere a medicamentos (vitaminas o fármacos) que requería lo que consideraba como casos especiales de embarazo.

aparece plenamente orientada hacia la fuerza de trabajo y estilo de vida de los obreros, sus condiciones y problemas de salubridad.

Durante este periodo, el gobierno de Arturo Alessandri promulgó grandes leyes médico-sociales que van desde el Código Sanitario en 1918 hasta la Medicina Preventiva en 1938 (Cruz-Coke, 1995: 475). Justamente, la prevención es el argumento que atraviesa toda la discusión del texto publicado en el Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. En principio, se considera que las enfermedades provienen sobre todo de las malas prácticas de higiene de los obreros y se atribuye la disminución de la resistencia del cuerpo a “la mala alimentación, mala habitación, salarios en desproporción con el alto estándar de vida, el alcoholismo y las enfermedades venéreas” (Ramírez, 1938: 627), así como a la mala educación e instrucción insuficiente.

También es el tiempo de la raza como concepto moderno que permitía explicar el carácter histórico del cuerpo, que en la medicina se tradujo bajo la acepción de eugenesia y que el autor define como “el estudio de las causas sometidas al control social, susceptibles de mejorar o debilitar las cualidades de las generaciones futuras, ya sea física o moralmente” (Ramírez, 1938: 628). Una definición que le sirve para argumentar la necesidad de que se dicten nuevas leyes y se modifiquen otras que conlleven al mejoramiento de la especie.

A partir de entonces la planificación del embarazo es un asunto incluso de Estado y se propone la creación de un servicio integral de protección maternal e infantil en todo el país, cuyo esquema contempla, entre otras fases, la puericultura pre-concepcional (antes de existir el embarazo), la puericultura pre-natal (que incluye consultorios, maternidades y servicios domiciliarios de asistencia al parto) y la puericultura post-natal (que integra salas cunas, hogar de niños huérfanos, lactario, entre otros). Estas etapas están orientadas a “cuidar el ciudadano desde la concepción” y “proteger la raza” (Ramírez, 1938: 640) para que posteriormente no se convierta en un problema social.

El artículo constituye la evidencia del dominio total que ejerce el saber médico sobre el proceso de reproducción. Dos nociones potentes dan paso al despegue médico en este periodo, la idea de raza (biohistoria) y la del cuerpo como máquina (medicalización y economía de la salud) que hacen que la mirada médica incluya en el sistema de control del

embarazo no sólo a la mujer en estado de gestación sino a aquella que pretende serlo, la cual debe prepararse y cumplir con una serie de condiciones de salud previas. Del mismo modo es medicalizado el niño y su proceso de crecimiento, pues éste debe ser un ciudadano sano y fuerte, sino supondrá un obstáculo para el progreso, el cual empieza antes de ser engendrado.

## 6. El proceso de medicalización del embarazo en Chile

El primer material presentado, el discurso de Lorenzo Sazié de 1835, representa una etapa fundacional de la medicina en Chile y de definición del embarazo como problema médico. Esto sucede a partir de la consideración del parto como hecho riesgoso que necesitaba la intervención del médico como experto. Asimismo, se constata que esta justificación estuvo mediada por el interés de la medicina en legitimar su ejercicio y la necesidad de establecer los límites de la profesión. Por tanto, el proceso de medicalización del embarazo en Chile se inició con la definición médica de un hecho puntual, el parto, que rápidamente incorporó instituciones como el hospital, las maternidades y escuelas de medicina y obstetricia.

La segunda etapa, a la que corresponde el artículo de Adolfo Murillo, podría ser considerada de perfeccionamiento, en la cual la práctica de la obstetricia, como disciplina dedicada en principio a la atención del parto, fue incorporando nuevos instrumentos y técnicas que iban a la par de los descubrimientos en materia científica, tales como las intervenciones quirúrgicas y la asepsia, los cuales modificaron las formas de atención médica, posibilitaron el establecimiento de rutinas propias del parto y aumentaron la confianza en el saber médico desplazando otros oficios en este campo. También allí se signa la división sexual del trabajo en materia de medicalización del parto donde las matronas fueron desplazadas por los médicos-cirujanos.

Luego, esa rutinización de prácticas médicas en torno al parto comenzó a esparcir, progresivamente, su autoridad en lapsos anteriores y posteriores al nacimiento, aquí se está frente a una etapa de extensión de la medicalización del embarazo, en la que la escuela de obstetricia cumple un rol fundamental diversificando sus formas de inspección

y, además del hospital, aparece el consultorio médico abocado al control de todo el embarazo mediante el examen del cuerpo durante la gestación.

Finalmente, y con el último material, es posible hablar de una etapa de expansión donde no sólo el diagnóstico se extendió sobre un mismo proceso, sino que incluyó paulatinamente a más población dentro del mismo. Por ejemplo, con la puericultura pre-natal se comienza a planificar el embarazo y la mujer que aún no está embarazada es incluida en la medicalización. Mientras que con la post-natal se medicaliza al niño y su madre, quienes al principio tampoco estaban dentro del diagnóstico.

En términos de Conrad (1992), se produce una medicalización por etapas (definición, perfeccionamiento, extensión y expansión) progresiva y constante, que a la par que va definiendo problemas médicos también involucra instituciones, normaliza prácticas e incluye a nueva población. Con ello se evidencia cierta articulación con los movimientos que en general ha seguido la medicalización en el mundo, los cuales, según Conrad (2007), son de extensión, expansión, mejoramiento y continuidad del diagnóstico médico. De hecho, el último artículo muestra los inicios de la eugenesia, antecedente de lo que luego constituirá uno de los motores de la medicalización: la biotecnología y el mejoramiento de la especie por vía genética.

También y de manera más holista el recorrido da cuenta de la expansión de la mirada médica sobre la reproducción, cuyo proceso se inicia en el parto y rápidamente se extiende hacia otros aspectos relacionados con él. El trayecto aporta evidencia sobre procesos que iban en conjunto con la medicalización tales como la biohistoria, presente en las propuestas eugenésicas, y el surgimiento de una nueva economía de la salud, visible en la expansión de los servicios médicos y su diversificación, constituyendo así un ejemplo de la medicalización de la fuerza de trabajo (Fuster, 2013) y de la vida en general advertida por Foucault (1996), Ilich (1975), entre otros.

## 7. Conclusiones

La medicalización del embarazo en Chile fue un proceso si bien lento de cierta manera, al mismo tiempo avasallante. Tardó casi un siglo en consolidarse de forma indefinida tras diversas estrategias de legitimación y sus etapas fueron, como

se puede apreciar en el recorrido elaborado en este artículo, de definición, perfeccionamiento, extensión y expansión del diagnóstico médico que situaron al cuerpo embarazado en el centro del ejercicio de la medicina.

Los textos revisados reflejan el recorrido de la medicina nacional y moderna en Chile desde sus inicios, así como su legitimación, expansión y auge en estrecha relación con las élites políticas y económicas del país. Del mismo modo, muestran cómo la medicina dejó de actuar sólo sobre el cuerpo enfermo y se convirtió en una práctica de administración de la vida desde el nacimiento hasta la muerte.

Entre los hallazgos más importantes se encuentra que la medicalización del embarazo tuvo un claro componente de género, privilegiando el conocimiento científico asociado a la masculinidad en detrimento de un oficio popular practicado por mujeres. Para ello, a través de la profesionalización de la medicina, podría señalarse que aparece una lógica de “cierre social”<sup>9</sup> pues, se garantizó que la atención del embarazo fuera predominantemente ejercida por hombres y tuviera connotaciones de clase (Zárate, 2007).

Finalmente, resulta importante señalar que las etapas transitadas se articularon con otros dos procesos adyacentes a la medicalización como son la biohistoria y la economía de la salud (Foucault, 1996) y juntos auguraron el devenir de la medicalización del embarazo en la actualidad, signado por la emergencia de un mercado y una nueva economía del nacimiento.

Si al principio cuerpo y parto se relacionaron con la economía por vía de la medicalización de la fuerza de trabajo, donde el Estado controlaba todas las etapas para garantizar que el niño viniera sano; con la aparición de una nueva moral del cuerpo, asociada a la salud y el bienestar individual, se abre paso a la emergencia de otra economía, en la que el mercado resuelve las expectativas del embarazo y donde todo lo relacionado con la reproducción es uno de los aspectos más rentables.

## Bibliografía

- BAEZA, A. (1924) “Mortalidad infantil. La falta de cultura de la madre chilena como causa predominante”. *Revista de Beneficencia Pública*, N° 1, pp. 57-60.
- CALVO, L. (1913) “Lo que deben saber las mujeres para criar bien a sus hijos”. Primer Congreso de Protección a la Infancia, Cartilla de Puericultura al alcance del pueblo. Tomo Único. Santiago: Imprenta Barcelona.
- CASAS, L. y HERRERA, T. (2012) “Maternity protection vs. maternity rights for working women in Chile: a historical review”. *Reproductive Health Matters*, N° 20, pp. 139-147.
- CONRAD, P. (1992). “Medicalization and Social Control”. *Annual Review of Sociology*, N° 18, pp. 209-232.
- \_\_\_\_\_ (2007) *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- CRUZ-COKE, R. (1995) *Historia de la medicina chilena*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- DONOSO, E. (2004) “Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 15, pp. 326-330.
- FERRER, L. (1904) *Historia general de la medicina en Chile*. Tomo I, Talca: Imprenta de Talca.
- FOUCAULT, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- \_\_\_\_\_ (2008) *El Nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- FUSTER, N. (2013) *El cuerpo como máquina: la medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago de Chile: Ceibo.
- HODDER, I. (2000) *La hermenéutica y las ciencias sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ILLANES, M. (1993) *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973*. Santiago de Chile: Editorial Colectivo de Atención Primaria.

<sup>9</sup> Ver Parkin (1984). “El cierre social como exclusión”, en *Marxismo y Teoría de Clases*. Madrid: Espasa- Calpe.

- ILLICH, I. (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- LAVAL, E. (1960) "Algunos aspectos de del desarrollo histórico de la obstetricia en Chile. La Maternidad del Salvador". *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*. Año II, Vol. I, pp. 1 - 79.
- MURILLO, A. (1893) "Historia de dos operaciones cesáreas". *Revista Médica de Chile*. Año 21, N° 1 y 2, pp. 88-99 (Colaboración). <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75789.html>. Última consulta 20. 08. 2015.
- PARKIN, F. (1984) *Marxismo y teoría de clases. Una crítica burguesa*. Madrid: Espasa- Calpe.
- RAMÍREZ, C. (1938) "Problemas de obstetricia social. Proyecto de Protección Maternal e Infantil por el Estado". *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. III, N° 9, pp. 626-641. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-126487.html>. Última consulta 25. 08. 2015.
- RODRÍGUEZ, J. (1918) "La escuela de obstetricia y puericultura para Matronas de la Universidad de Chile". *Revista de Beneficencia Pública*. Tomo II. N° 1, pp. 19-40. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75762.html>. Última consulta 26. 08. 2015.
- SAZIÉ, L. (1984) "Discurso del Dr. Lorenzo Sazié en la apertura del Curso de Obstetricia (1835)". *Revista Médica de Chile*. N° 112, pp. 297-300 Notas Históricas. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75760.html>. Última consulta 20. 08. 2015.
- S/A (1948) "Usted tiene la obligación de quedar hermosa". *Revista Eva*. N° 162, p.31. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-75752.html>. Última consulta 26. 08. 2015.
- SERRANO, S. (1994) *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- TOURAINÉ, A. (1994) *Crítica de la modernidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- TAUCHER E. y JOFRÉ I. (1997) "Mortalidad infantil en Chile: el gran descenso". *Revista Médica de Chile*, N° 125, pp.1225-1235.
- ZÁRATE, M. (2007) *Dar a Luz en Chile, siglo XIX. "De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica"*. Santiago de Chile: Dibam/Universidad Alberto Hurtado.

**Citado.** SIBRIAN, Nairbis (2016) "El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva" en *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°21. Año 8. Agosto 2016-Noviembre 2016. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 25-36. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/414>.

**Plazos.** Recibido: 15/09/2015. Aceptado: 01/03/2016.